

Recueil des besoins informations et conseil santé

Ce document est établi conformément à la réglementation sur l'intermédiation (notamment les articles L 520-1 et R 520-2 du code des assurances). Vous pouvez sur simple demande, obtenir par courrier ou courriel le nom des Sociétés d'assurances avec lesquelles votre courtier travaille. Dans la catégorie dans laquelle travaille le Courtier, celui-ci ne produit pas une analyse du marché et ne peut donc offrir au client la meilleure offre du marché.

CABINET

Dénomination sociale :

.....

RCS :

ORIAS N°

consultable sur le site de l'Orias : www.orias.fr

Adresse du siège social :

.....

.....

Tél :

CONSEILLER

Nom et Prénom du conseiller ou démarcheur :

.....

.....

Agissant en qualité de : Salarié gérant

Mandataire

ORIAS N°

Tél :

Déclare exercer sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09

→ identité du client

NOM et prénom du client :

Adresse : Code postal

Ville : Email : Tél :

Date de naissance : Situation familiale : Nbre d'enfants à charge :

Situation professionnelle ou activité : Régime social :

→ informations complémentaires

		oui	non
1	Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ?		
2	Avez-vous formulé une demande de bénéfice CMU ?		
3	Bénéficiez-vous d'une aide à la complémentaire santé ? Si oui : laquelle ? Si non, savez-vous si vous y avez droit, selon vos ressources ou revenus ?		
4	Bénéficiez vous actuellement d'une Complémentaire santé ou d'une mutuelle ?		
5	S'agit-il d'un contrat complémentaire santé obligatoire de votre employeur ?		
6	Bénéficiez-vous d'une prise en charge thérapeutique à 100 % ? (ALD)		
7	Faites l'objet d'une mesure de Curatelle ou de Tutelle ?		
8	Votre montant actuel de cotisation vous convient-il ?		
9	Vos garanties actuelles vous conviennent-elles ?		

→ liste des personnes à assurer

	Nom	Prénom	Né(e) le	N° INSEE	Régime	N° affiliation
Assuré						
Conjoint						
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						

→ **Recueil des besoins** (le contrat proposé n'est pas une sur-complémentaire)

		oui	non
1	Avez-vous réfléchi à un budget mensuel de cotisation ? Si oui lequel ?		
2	Quels sont vos souhaits de garanties ?		
3	Connaissez-vous les conditions de résiliation de votre contrat complémentaire santé actuel ?		
4	Vous chargez-vous d'adresser la lettre de résiliation en respectant les conditions, à votre assureur ou mutuelle actuel(le) ?		
5	Souhaitez-vous que nous nous chargions d'expédier, en votre nom et pour votre compte, la lettre de résiliation en respectant les conditions, à votre assureur ou mutuelle actuel(le) ?		

→ **information sur le(s) produit(s)**

Remise de plaquettes, descriptifs ou fiches de présentation des produit(s)

Dénomination produit 1	
Dénomination produit 2	

Des précisions ont été apportées sur :

- Les garanties et options Les avantages de certains produits ou garanties
 Les tarifs ou cotisations Les évolutions et adaptations futures possibles de garanties
 L'assureur ou porteur du risque Autres précisions :

→ **produit conseillé**

1. À l'issue de l'entretien de recueil des besoins et du présent diagnostic, et après information détaillée, il est proposé et recommandé au client le(s) produit(s) suivant(s) :

Nom du produit :

.....

OPTION

2. À l'issue de l'entretien, je soussigné

.....

retient le produit suivant :

.....

OPTION

au motif que les garanties et caractéristiques de ce produit + option me conviennent et correspondent le mieux à mes besoins.

- Je reconnais avoir pris connaissance de ce document et l'avoir régularisé avant établissement de mon contrat complémentaire santé.
 Je reconnais avoir été informé des produits suivants :

 pour lesquels des précisions ont été apportées sur les garanties et options, les tarifs et le porteur de risques.

Fait le à en 2 exemplaires
dont 1 exemplaire est remis au client

Nom du conseiller

Nom du client

SIGNATURE

SIGNATURE